

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

nr karty data zarejestrowania.....	Kod NFZ..... Miejscowość Dok. potwierdzający ubezpieczenie.....
Oznaczenie podmiotu: TESTDNA LABORATORIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Laboratorium Diagnostyki Medycznej testDNA ul. Feliksa Bocheńskiego 38a 40-135 Katowice tel. +48 32 445 34 26 Nr księgi 000000169696	Dane identyfikujące jednostkę organizacyjną: Laboratorium Diagnostyki Medycznej testDNA 01 Dane identyfikujące komórkę organizacyjną: <h3 style="text-align: center; margin: 0;">Poradnia genetyczna 002</h3>

PACJENT	Płeć: M / K																				
Nazwisko i imię:																					
Data urodzenia..... PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (w przypadku noworodka – PESEL matki a w przypadku braku -seria i numer dok. stwierdzającego tożsamość)																				
Adres zamieszkania																					

Imię i nazwisko pacjenta:			
Ogólny stan zdrowia pacjenta			
Przebyte choroby	Choroby przewlekłe	Pobyt w szpitalu	
Zabiegi chirurgiczne	Szczepienia	Uczulenia	Obciążenia dziedziczne

Imię i nazwisko pacjenta:

Data	Nazwa i numer statystyczny rozpoznania (ICD10)	WYWIAD: OBJAWY; ZLECONE ZABIEGI ORAZ PRODUKTY LECZNICZE WRAZ Z DAWKOWANIEM, UWAGI	Pieczęć i podpis osoby udzielającej świadczenia

Imię i nazwisko pacjenta:

Data	Nazwa i numer statystyczny rozpoznania (ICD10)	WYWIAD: OBJAWY; LECZENIE, BADANIA DIAGNOSTYCZNE, ZLECONE ZABIEGI ORAZ PRODUKTY LECZNICZE WRAZ Z DAWKOWANIEM, UWAGI	Niezdolność do pracy od-do	Pieczęć i podpis lekarza

pokrewieństwo z małżonkiem

wywiad rodzinny matki:wiek.....

stan zdrowia

rodzeństwo mamy

brat/siostra	stan zdrowia	dzieci (syn/córka)	stan zdrowia dzieci

wywiad rodzinny ojca:wiek.....

stan zdrowia

rodzeństwo ojca (proszę wypełnić jak powyżej)

rodzeństwo własne pacjentki (proszę wypełnić jak powyżej)

ROZPOZNANIE:

